



## INFORME DE ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES DEL NIÑO

**La información contenida en este documento y en informes adjuntos no habrá de revelar datos sobre la identidad de los padres biológicos. Deben cubrirse todos los ítems; y, si la información no es disponible, o no se sabe, por favor indique dicho hecho.**

1. FECHA
----------

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO				
1. NOMBRE DEL NIÑO	2. GÉNERO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	3. ORIGEN ÉTNICO	4. LUGAR DE NACIMIENTO	5. FECHA DE NACIMIENTO

SECCIÓN II: ANTECEDENTES DE LA MADRE BIOLÓGICA E HISTORIAL GENÉTICO Y MÉDICO DE SU FAMILIA								
1. AÑO NACIDA	2. ORIGEN ÉTNICO	3. RELIGIÓN	4. ESTATURA	5. PESO	6. COLOR DE OJOS	7. COLOR DE PELO	8. COLOR DE PIEL	9. Usa Mano <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha

10. ÚLTIMA ESCUELA A QUE ASISTIÓ	GRADO MÁS ALTO LOGRADO	PROBLEMAS PARA APRENDER	11. PASATIEMPO/INTERESES/PROFESIÓN
----------------------------------	------------------------	-------------------------	------------------------------------

12. USO DE SUBSTANCIAS CONTAMINADORAS AL AMBIENTE Y/O SUBSTANCIAS CONTROLADAS (MARQUE TODO LO QUE APLICA)  
 Alcohol  Anfetaminas  Cocaína  Heroína  Marihuana  Tabaco  Sedativos  Otro (especifique):

*Tenga presente que estamos tratando de proporcionar el historial médico del niño lo más completamente posible. Indique si la madre biológica, abuelos, hermanos/as, u otro miembro de la familia (parientes de la misma sangre) han padecido o padecen ahora de alguna de las condiciones médicas indicadas a continuación. Donde aplica al caso, dé la edad de la persona cuando se produjo la condición, indique el tratamiento, medicamentos, etc.*

13. CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFIQUE LA CONDICIÓN)	MADRE BIOLÓGICA	EDAD EN QUE SE PRODUJO, TRATAMIENTO, MEDICAMENTO (SI APLICA)	MIEMBRO DE LA FAMILIA	PARENTESCO CON LA MADRE BIOLÓGICA	EDAD EN QUE SE PRODUJO, TRATAMIENTO, MEDICAMENTO (SI APLICA)
Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Reacciones alérgicas (e.g., alimentos, drogas farmacéuticas)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Artritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Impedimentos/Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos a la sangre (e.g., hemofilia, anemia a células falciformes, hepatitis)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Cáncer (tipo: )	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno Cardiovascular (e.g., presión sanguínea alta, ataque al corazón, infarto)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Impedimentos al desarrollo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Historial de problemas ginecológicos (e.g., aborto espontáneo, pérdida, muerte fetal, muerte recién nacido)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas al oído	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Fallas al corazón	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos hormonales (E., diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Impedimentos para aprender (e.g., neurológico, malfuncionamiento orgánico del cerebro)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos musculares (e.g. distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos psiquiátricos (e.g., depresión severa, esquizofrenia, bipolar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos respiratorios	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

**INFORME DE ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES DEL NIÑO**  
**PÁGINA 2 DE 7**

NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Trastornos de acceso	<input type="checkbox"/>
Enfermedades hereditarias conocidas	<input type="checkbox"/>
Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>
FAS/FAE	<input type="checkbox"/>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>
Otra condición médica (especifique):	<input type="checkbox"/>

14. DESCRIBA EL ESTADO ACTUAL DE SALUD DE LA MADRE BIOLÓGICA

**SECCIÓN III: ANTECEDENTES DEL PADRE BIOLÓGICO E HISTORIAL GENÉTICO Y MÉDICO DE SU FAMILIA**

1. AÑO NACIDO	2. ORIGEN ÉTNICO	3. RELIGIÓN	4. ESTATURA	5. PESO	6. COLOR DE OJOS	7. COLOR DE PELO	8. COLOR DE PIEL	9. Usa Mano <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha
10. ÚLTIMA ESCUELA A QUE ASISTIÓ GRADO MÁS ALTO LOGRADO			PROBLEMAS PARA APRENDER			11. PASATIEMPO/INTERESES/PROFESIÓN		

12. USO DE SUBSTANCIAS CONTAMINADORAS AL AMBIENTE Y/O SUBSTANCIAS CONTROLADAS (MARQUE TODO LO QUE APLICA)  
 Alcohol  Anfetaminas  Cocaína  Heroína  Marihuana  Tabaco  Sedativos  Otro (especifique):

*Tenga presente que estamos tratando de proporcionar el historial médico del niño lo más completamente posible. Indique si el padre biológico, abuelos, hermanos/as, u otro miembro de la familia (parientes de la misma sangre) han padecido o padecen ahora de alguna de las condiciones médicas indicadas a continuación. Donde aplica al caso, dé la edad de la persona cuando se produjo la condición, indique el tratamiento, medicamentos, etc.*

13. CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFIQUE LA CONDICIÓN)	PADRE BIOLÓGICO	EDAD EN QUE SE PRODUJO, TRATAMIENTO, MEDICAMENTO (SI APLICA)	MIEMBRO DE LA FAMILIA	PARENTESCO CON EL PADRE BIOLÓGICO	EDAD EN QUE SE PRODUJO, TRATAMIENTO, MEDICAMENTO, (SI APLICA)
Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Reacciones alérgicas (e.g., alimentos, drogas farmacéuticas)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Artritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Impedimentos/Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos a la sangre (e.g., hemofilia, anemia a células falciformes, hepatitis)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Cáncer (tipo: )	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno Cardiovascular (e.g., presión sanguínea alta, ataque al corazón, infarto)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Impedimentos al desarrollo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Historial de problemas ginecológicos (e.g., aborto espontáneo, pérdida, muerte fetal, muerte recién nacido)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas al oído	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Fallas al corazón	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos hormonales (e.g., diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Impedimentos para aprender (e.g., neurológico, malfuncionamiento orgánico del cerebro)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

	NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	
Trastornos musculares (e.g. distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Trastornos psiquiátricos (e.g., depresión severa, esquizofrenia, bipolar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Trastornos respiratorios	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Trastornos de acceso	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedades hereditarias conocidas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
FAS/FAE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Otra condición médica (especifique):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

14. DESCRIBA EL ACTUAL ESTADO DE SALUD DEL PADRE BIOLÓGICO

**SECCIÓN IV: HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO**

1. a. ¿Se adjuntó el Informe de Cuidado Prenatal de la madre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME:	SI NO ES DISPONIBLE, EXPLIQUE POR QUÉ
b. ¿Se adjuntó el Informe de Parto y Nacimiento? Si <input type="checkbox"/> No	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME:	SI NO ES DISPONIBLE, EXPLIQUE POR QUÉ
c. ¿Se adjuntó el Informe de Nacimiento del Niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME:	SI NO ES DISPONIBLE, EXPLIQUE POR QUÉ

2. Indique si durante el estado prenatal el niño fue expuesto a las siguientes sustancias:  Tabaco  Alcohol  
 Drogas ilegales (especifique): \_\_\_\_\_  Otras sustancias tóxicas (especifique): \_\_\_\_\_  
 Describa frecuencia del uso, y en qué período de la gestación fue usada:

**3. Historial de Inmunización: Adjunte Registro de Inmunización, Pasaporte. Iniciales acusando recibo del registro:**

**4. Otros exámenes:**

EXAMEN	FECHA	RESULTADOS
<input type="checkbox"/> TB (tuberculosis)		
<input type="checkbox"/> Examen de VIH		
<input type="checkbox"/> Hepatitis B		

**5. Historial de salud del niño:**

CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFIQUE LA CONDICIÓN)	EDAD EN QUE SE PRODUJO	CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFIQUE LA CONDICIÓN)	EDAD EN QUE SE PRODUJO
Reacciones alérgicas (e.g., alimentos, drogas farmacéuticas)		Trastornos psiquiátricos (e.g., depresión severa, esquizofrenia, bipolar)	
Asma		Problemas de la vista	
Trastorno hormonal (e.g., diabetes, tiroides)		Alcoholismo	
Impedimentos para aprender (neurológico, malfuncionamiento orgánico al cerebro)		Trastorno Cardiovascular	
Trastorno de acceso		Cáncer	
Impedimentos/defectos de nacimiento		Fallas al corazón	
Impedimentos al Desarrollo		Trastornos respiratorios	
Trastornos musculares (e.g. distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)		FAS/FAE (Síndrome Fetal Alcoholismo/Efecto)	
Enfermedad Venérea (Trasmitida sexualmente) (STD)		OTRAS CONDICIONES MÉDICAS (ESPECIFIQUE)	
Artritis			
Trastornos a la sangre (e.g., hemofilia, anemia a células falciformes, hepatitis)			
Problemas al oído			

**6. Enfermedades de la niñez (marque todo lo que aplica):**

ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática		<input type="checkbox"/> Paperas		<input type="checkbox"/> Otra (especifique)	
<input type="checkbox"/> Sarampión		<input type="checkbox"/> Amigdalitis		<input type="checkbox"/> Tuberculosis			
<input type="checkbox"/> Neumonía		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días		<input type="checkbox"/> Tos Convulsiva			

Explique otras enfermedades y lesiones, incluyendo enfermedades, lesiones y defectos físicos de origen genético o hereditario (especifique fechas):



**2. Colocación del niño/experiencias: (marque los casilleros adecuados):**

FECHA	MADRE O PADRE BIOLÓGICO	PARIENTE	HOGAR SUPLENTE	RECIBIÓ CUIDADO	OTRO	FECHA	MADRE O PADRE BIOLÓGICO	PARIENTE	HOGAR SUPLENTE	RECIBIÓ CUIDADO	OTRO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**3. Lista de informes de la corte pertinentes a dependencia o tutela del niño (elimine datos de identificación):**

FECHA	INFORME ADJUNTO	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME	FECHA	INFORME ADJUNTO	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME	FECHA	INFORME ADJUNTO	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

**4. Describa el comportamiento actual del niño, y su desempeño en ambiente familiar y social:**

**5. Evaluaciones Psiquiátricas/psicológicas del niño: (use el reverso si necesita más espacio)**

TIPO DE EVALUACIÓN	FECHA	DIAGNOSTICO	INFORME ADJUNTO	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

**6. Describa la relación del niño con su madre biológica:**

**7. Describa la relación del niño con su padre biológico:**

**8. Información escolástica del niño (adjunte copias de todos los informes escolares):**

FECHA	ESCUELA	INFORME ADJUNTO	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME	FECHA	ESCUELA	INFORME ADJUNTO	INICIALES ACUSANDO RECIBO DEL INFORME
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

9. Observaciones/información adicional:

Yo, quien suscribe, soy mayor de 13 años y consiento a que se ceda la siguiente información:  estado VIH;  historial y diagnóstico de salud mental y consejo;  tratamiento actual de salud mental;  anticonceptivos; y  otro, según como es especificado:

FIRMA DEL NIÑO	FECHA	FIRMA DEL INTERVENTOR	DATE
----------------	-------	-----------------------	------

Yo/nosotros, padre/madre adoptivo/s que suscriben recibí/recibimos la información médica indicada anteriormente e informes adjuntos concerniente a mi/nuestro/a niño/a adoptivo/a. Revisé/revisamos la información con el funcionario social encargado y tuve/tuvimos la oportunidad de consultar a un doctor de nuestra elección sobre dicha información. Se me/nos dio la oportunidad de pedir que el funcionario de servicio social exhorte información adicional. Acepto/aceptamos a este/a niño/a en colocación de adopción en mi/nuestra familia. Es nuestra intención adoptar a este/a niño/a.

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
--------------------------	-------	----------------------------	-------

He provisto la información a la cual se refiere este documento, a los padres adoptivos.

FIRMA DEL INTERVENTOR	FECHA
-----------------------	-------

Yo/nosotros, padre/madre adoptivo/s que suscribe/n, declaro/declaramos que tuve/tuvimos la oportunidad de revisar los registros de información de este/a niño/a y de pedir mas datos al respecto. Se me/nos informó sobre la existencia del Programa de Ayuda en Adopción y decido/decidimos  solicitar  no solicitar. Recibí/recibimos información del antemencionado historial de familia y social de mi/nuestro niño/a adoptivo/a. He/hemos repasado esta información con el funcionario social, y tuve/tuvimos la oportunidad de consultar a los profesionales correspondientes, a quienes elegí/elegimos. Es mi/nuestra intención proceder con la adopción de este/a niño/a. Acepto/aceptamos que el/la niño/a sea colocado/a en nuestra familia para adopción.

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
--------------------------	-------	----------------------------	-------

**FAVOR TOMAR NOTA: Información sobre hermano/as es también importante. Adjunte el pasaporte de salud y educación, o las páginas de 3 a 7 de este formulario describiendo información conocida y disponible sobre hermanos/as.**



## INFORME DE ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES DEL NIÑO INSTRUCCIONES

El **Capítulo 26.33.350 del Código Revisado de Washington (RCW)** dictamina que por cada adopción que ocurra en el Estado, el interventor de adopción debe proveer a los posibles padres adoptivos *“un informe médico completo conteniendo toda información disponible referente a impedimentos mentales, físicos, y sensoriales del niño.”* El informe *“habrá de incluir todos los antecedentes conocidos o disponibles de salud mental o física de los padres biológicos del niño que es necesario dar a conocer a los padres adoptivos para facilitar el cuidado necesario de salud para el niño, o para ayudar a los padres adoptivos a maximizar el potencial de desarrollo del menor. La información debe contener historial médico del niño y de su familia biológica “incluyendo rayos-x, exámenes médicos, hospitalizaciones, e inmunizaciones.”* También se requiere hacerle un examen físico al niño y enviarlo a un especialista si así fuera indicado. Se deben hacer esfuerzos razonables para localizar fichas e información.

**RCW 26.33.380** requiere que se provea a los posibles padres adoptivos información sobre los padres biológicos y familiares del niño. Esta habrá de incluir historia social del niño y su familia, incluyendo *“un recuento cronológico de las circunstancias que originaron la colocación para adopción, y todo informe psiquiátrico, psicológico disponible, informes a la corte relacionados con dependencia, o tutela, o informes escolares .”*

Ambos RCW 26.33.350 y 26.33.380 estipulan que la identidad de los padres biológicos del niño se mantenga confidencial a menos que los padres adoptivos la sepan de otro modo. El formulario estándar (requerido por la ley) para dar la información es el **Informe de Antecedentes Médicos y Sociales del Niño (Child’s Medical and Family Background Report), DSHS 13-041(X)**. No es necesario repetir la información contenida en otros formularios en DSHS 13-041(X) siempre y cuando esa información es adjunta al formulario y se ha indicado en la lista provista a los posibles padres adoptivos.

La información disponible habrá de variar de acuerdo a cada situación. Sin embargo, en cada colocación para adopción, es requerido que el funcionario social se asegure que se han hecho esfuerzos razonables para obtener la información requerida. Se debe mantener documentación de cada esfuerzo efectuado, como también de la información provista a los posibles padres adoptivos. Puede que la agencia no considere la colocación del niño con esta familia como una colocación para adopción hasta que esta información sea recibida por los posibles padres adoptivos.

Será necesario que el interventor provea una explicación al padre/madre adoptiva en cada ítem que no satisfaga la información específica pedida. No deje espacios en blanco. Describa los esfuerzos realizados para obtener la información y los motivos

por el cual no se logró éxito. Por ejemplo si los informes escolares de un padre del niño no puedan ser obtenidos, escriba: “Padre asistió a la Escuela Secundaria Harding, la cual abandonó durante el décimo grado. Se contactó a la escuela en dos ocasiones y se presentó autorización para ceder información, pero no hubo respuesta. Si son recibidos, los informes escolares se pondrán a disposición de los padres adoptivos.”

Se deben adjuntar copias de todos los informes concernientes a la información anterior al formulario DSHS 13-041(X). Se habrá de verificar recibo de cada informe en la ficha del niño, y habrá de ser incluido en la ficha cuando sea archivada. El recibo de informes puede ser documentado haciendo que los padres adoptivos pongan sus iniciales en cada página del informe, o indicando el nombre del autor del informe, su título, fecha y número de páginas que comprende, haciendo que los padres adoptivos pongan sus iniciales al lado del nombre del informe. Los informes deben ser incluidos en la ficha archivada con la copia del formulario DSHS 13-041(X). A menos que los padres adoptivos sepan la identidad de los padres biológicos, toda información en este respecto debe ser eliminada de todo informe provisto.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR SECCIONES DE I HASTA LA IV:**  
Los interventores de adopción deben llenar las Secciones I hasta IV y proveerlas a los padres adoptivos antes de efectuar la colocación para adopción del niño.

### Sección I: Información de Identidad del Niño

Ítem 1..... Use el primer nombre solamente.

Ítems 2 - 5..... Autoexplicatorio.

### Secciones II y III:

### Antecedentes Médicos de los Padres Biológicos e Historial Genético de la Familia

Ítems 1 - 9..... Autoexplicatorio.

Ítem 10..... Incluye el grado más alto de educación alcanzado por los padres, la última escuela a que asistieron e identifica problemas para aprender.

Ítem 11..... Autoexplicatorio.

Ítem 12..... Marque las sustancias de la lista que se sepa fueron usadas por la madre biológica. En el ítem 13, más abajo, bajo Alcoholismo y/o Drogadicción, provea información conocida de haber estado expuesta a estas sustancias. Si fuera necesario, use el reverso u hojas adicionales de papel para dar la información.

- Ítem 13.....Marque todos los ítems que apliquen. Sea específico/a. Si fuera necesario, use hojas adicionales de papel.
- Ítem 14.....Describa detalles actuales del historial médico de la madre y padre biológicos.

#### **Sección IV: Historial Médico del Niño**

- Ítem 1 .....Adjuntar copia de la ficha de cuidado prenatal, de parto, y de nacimiento. Nota: estas tres fichas de información podrían estar contenidas en una sola ficha del hospital. Haga que los padres adoptivos pongan sus iniciales para acusar recibo de dichos informes. Si algún ítem específico no es disponible, dé una explicación ciñéndose a las instrucciones anteriores.
- Ítems 2 - 4.....Autoexplicatorio. Indicar si la información no es disponible.
- Ítem 5 .....Complete todo lo que aplica. Nombre la condición específica. En cada ítem correspondiente, indique si no es aplicable o si no es disponible.
- Ítem 6 .....Autoexplicatorio.
- Ítem 7 .....Autoexplicatorio. Adjunte el informe médico relacionado con el tratamiento recibido por el niño. Haga que los padres adoptivos pongan sus iniciales para acusar recibo del informe.
- Ítem 8.....Esta sección puede ser usada para indicar todo informe adicional o información provista a los padres adoptivos con relación a antecedentes médicos del niño o de su familia. Haga que los padres adoptivos pongan sus iniciales acusando recibo de informes específicos provistos y nombrados en ítem 10. Adjunte copia de dicho informe a la copia del formulario DSHS 13-041(X) que se mantiene archivada en el expediente del niño.

#### **Sección V: Antecedentes Psicológicos y Sociales del Niño**

- Ítem 1 .....En esta sección debe incluir información respecto a las circunstancias bajo las cuales el niño pasó a cuidado del estado. Esto incluye circunstancias de abuso o negligencia (ver Capítulo 26 del manual de DCFS) y/u otras circunstancias por las cuales los padres biológicos decidieron adopción como una opción de criar a su niño.
- Ítem 2 .....Indique todo tipo de colocación, con las fechas respectivas, a que fue expuesto el niño antes de colocarlo para adopción. (Puede adjuntar historial de colocación de CAMIS, con los nombres y direcciones eliminadas.
- Ítem 3 .....Habrán de proveerse los informes de la Corte relacionados con asuntos de dependencia. Indique cada uno de los informes de la Corte; adjunte copia de dichos informes, y haga que los padres adoptivos pongan sus iniciales acusando recibo del informe. Toda información de identificación debe ser eliminada del informe de la Corte antes que la copia sea otorgada a los padres adoptivos.

- Ítem 4..... Use esta sección para describir el comportamiento actual del niño y su desempeño.
- Ítem 5..... Autoexplicatorio. Asegúrese de hacer que los padres adoptivos pongan sus iniciales acusando recibo del informe.
- Ítem 6 - 8..... Autoexplicatorio.
- Ítem 9..... Use esta sección para insertar cualquiera información adicional, o para agregar y nombrar más informes (con datos de identificación eliminados) no mencionados arriba. Asegúrese de hacer que los padres adoptivos pongan sus iniciales acusando recibo del informe.

Si el niño es mayor de 13 años, debe dar su autorización para que se ceda información relacionada con su salud mental, enfermedades venéreas, o información sobre control de natalidad. El niño debe firmar la sección para ceder información que aparece en la página 6.

El interventor de adopción firma y pone fecha al formulario de la página 6 después de proveer la información e informes de referencia a la familia adoptiva. En caso de adopción fuera del estado, el funcionario que está cediendo la información a la familia adoptiva debe ser quien firma el formulario.

Los padres adoptivos firman y fechan el informe en la fecha en que se les otorgó la información. RCW 26.33.380 requiere que todo interventor de adopción provea a los padres adoptivos la información disponible sobre antecedentes sociales y familiares de los padres biológicos del niño.

Se da otra oportunidad a los padres adoptivos para solicitar que se obtenga más información, y se les informa sobre el programa de ayuda en adopción. Se alienta a los padres adoptivos que participen en el programa de ayuda en adopción para el niño. Los padres adoptivos firman y fechan el informe en la fecha en que se les proveyó la información.

#### **DISTRIBUCIÓN**

Original: Padres Adoptivos

Copia: Agencia/Interventor para el Expediente del Niño